



УДК 616-035.3+615.246.5/614.255

DOI: 10.22141/2308-2097.52.3.2018.141844

Степанов Ю.М.<sup>1</sup>, Власова О.Н.<sup>2</sup>, Стойкевич М.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр, Украина

<sup>2</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

## Негативные эффекты злоупотребления слабительными средствами во врачебной практике

For cite: Gastroenterologia. 2018;52(3):168-173. doi: 10.22141/2308-2097.52.3.2018.141844

**Резюме.** Злоупотребление слабительными средствами — это расстройство, характеризующееся непонятным и меняющимся рядом желудочно-кишечных, электролитных и кислотно-щелочных отклонений, которые могут привести как к возникновению хронических заболеваний, так и к смертельным исходам. Злоупотребление самоиндуцируется, завуалировано и связано с психологическими отклонениями, что затрудняет постановку диагноза. В качестве безопасного слабительного препарата пациентам, которые нуждаются в длительном лечении запоров, может быть рекомендован препарат ИзиДу.

**Ключевые слова:** запор; злоупотребление слабительными средствами

Запор — это нарушение процесса опорожнения кишечника, характеризующееся увеличением интервалов между актами дефекации, затруднением акта дефекации (даже при сохранении нормальной периодичности стула) или систематическим недостаточным опорожнением кишечника.

Индивидуальная физиологическая норма частоты стула колеблется в пределах от 3 раз в сутки (примерно у 6 % здоровых людей) до 1 раза в 3 дня (также примерно у 6 % обследованных). В норме стул оформленный, мягкой консистенции, пациент не испытывает затруднений при дефекации; время естественного натуживания не превышает трети всей продолжительности дефекации [1, 2].

Сегодня приходится констатировать, что определение запора, данное еще в 1851 г. М. Strahl, как «широко распространенное состояние с грустными последствиями, и при всех обстоятельствах всегда обременительное», остается актуальным до наших дней [3]. В наше время запор представляет собой весьма распространенное расстройство: по данным отдельных исследований, им страдает от 10 до 50 % населения развитых стран, причем женщины болеют в 3 раза чаще, чем мужчины. Механизм гендерного различия не установ-

лен, но время транзита по кишечнику у женщин составляет примерно 72 часа, в то время как у мужчин — 55 часов. С возрастом количество людей с запорами увеличивается [2, 4, 5].

Количество и консистенция фекалий переменны и зависят от объема потребляемой жидкости, диеты, изменения режима дня, гормонального цикла. Толстая кишка имеет циркадные и дневные ритмы моторной функции. Пропульсивная активность толстой кишки максимальна утром после приема пищи, во время сна моторика ингибируется. На моторику влияет состав пищи: жиры и углеводы стимулируют, а аминокислоты и белки подавляют ее [6, 7].

Больные, жалующиеся на хронические запоры, могут иметь ложное представление о нормальном функционировании кишечника или одержимы мыслью снизить массу тела, «очиститься», «удалить» воду и токсины из организма. В норме частота дефекации у человека составляет от 3 раз в сутки до 3 раз в неделю. При этом дефекация 1 раз в сутки лишь у 65 % здоровых людей. Возникновению запоров способствует малоподвижный образ жизни, сопутствующая патология внутренних органов и различные медикаментозные средства. А если учесть, что после 65 лет запор встреча-

ется у 26 % мужчин и 33 % женщин, то алгоритм их обследования необходимо начать с анализа препаратов, которые они принимают ежедневно [4, 8].

#### **Причины запоров:**

1. Неврологические:
  - болезнь Гиршпрунга;
  - автономная нейропатия;
  - множественный склероз;
  - болезнь Паркинсона;
  - повреждение или компрессия спинного мозга.
2. Системные заболевания:
  - сахарный диабет, порфирия;
  - гиперкальциемия, гипокалиемия;
  - гипотиреоз;
  - склеродермия;
  - почечная недостаточность;
  - депрессия и другие психогенные причины.
3. Побочные действия лекарств:
  - антибиотики (фторхинолоны, цефалоспорины);
  - антациды (с алюминием или кальцием);
  - антипаркинсонические средства;
  - антихолинергические препараты;
  - анальгетики (метадон, морфин, кодеин);
  - антидепрессанты (амитриптилин, флюоксентин, имипрамин);
  - гипотензивные ( $\beta$ -блокаторы, антагонисты кальция, антиадренергические препараты центрального действия, блокаторы рецепторов ангиотензина II, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента);
  - гестагены (медрогестон);
  - нестероидные противовоспалительные препараты (напроксен, ибупрофен);
  - противотуберкулезные средства (изониазид);
  - системные антифунгицидные средства (кетоназол);
  - препараты железа (его соли);
  - диуретики (салуретики, амилорид);
  - липидоснижающие препараты (ионообменные);
  - транквилизаторы;
  - урологические препараты (для лечения болезней простаты);
  - препараты, применяемые при глаукоме;
  - нейролептики (фенотиазины, бензодиазепин);
  - препараты висмута, сукральфат, ингибиторы протонной помпы;
  - миорелаксанты, симпатомиметики;
  - сульфат бария, холестирамин, скополамин, тимолол;
  - злоупотребление слабительными.
4. Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта:
  - спру;
  - синдром раздраженного кишечника;
  - ишемический колит;
  - постхирургический стеноз;
  - дивертикулярная болезнь;
  - опухоли и доброкачественные стриктуры;
  - геморроидальная болезнь, анальные трещины;

- долихосигма;
  - болезнь Крона.
5. Другие причины:
    - беременность;
    - кишечный дисбактериоз;
    - идиопатическая кишечная псевдообструкция;
    - идиопатические нарушения транзита;
    - нарушения эвакуации (например, ректоцеле).

Залогом успешного лечения запора является понимание причины и патофизиологического механизма его развития. Универсальными рекомендациями для больных могут служить достаточное употребление жидкости (желательно — не менее 2 л в сутки); ежедневная физическая активность и употребление продуктов, содержащих пищевые волокна. Лечебная диета с высоким содержанием растительных волокон (до 30 г в сутки) способствует увеличению объема каловых масс, при этом их консистенция становится мягкой, что способствует налаживанию перистальтики. Обычное содержание пищевых волокон в дневном рационе должно составлять 15–20 г. Повысить их содержание в пище позволяет включение в рацион отрубей, зерновых, чернослива, овощей, бахчевых культур, морской капусты, косточковых ягод, бананов, рассыпчатых каш, хлеба из муки грубого помола. Употребление кисломолочных продуктов и растительного масла также улучшает перистальтику кишечника. Следует уменьшить потребление продуктов, обладающих закрепляющим действием (творог, чай, кофе, какао, рис, шоколад, мучное). Не следует игнорировать позывы к дефекации, так как вследствие этого может наблюдаться снижение порога возбудимости рецепторов прямой кишки [7–10].

Применение других методов лечения требует обоснованного подхода. Так как лечение подчас проводится в течение многих лет, важно помнить о переносимости и безопасности назначаемого препарата.

Слабительные делятся на следующие группы: стимулирующие, осмотические, объемные слабительные, препараты, возбуждающие позыв к дефекации, размягчители стула. Все препараты имеют свои особенности, механизм, точки приложения и профиль безопасности [11–13].

#### **Классификация слабительных средств по механизму действия и химическим свойствам**

1. Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого, или гидрофильные вещества:
  - пищевая клетчатка;
  - псилиум;
  - поликарбофил;
  - метилцеллюлоза.
2. Осмотические вещества:
  - слабо абсорбируемые ионы:
  - сульфат магния;
  - гидроксид магния;
  - гитрат магния;
  - фосфат натрия;
  - сульфат натрия (глауберова соль);
  - спирты:

- сорбитол, маннитол;
- лактитол;
- глицерин;
- полиэтиленгликоль.

3. Слабоабсорбируемые ди- и полисахариды (пребиотики):

- лактулоза (дисахарид);
- олигосахариды (эффективны только в больших дозах).

4. Средства, усиливающие секрецию или непосредственно влияющие на эпителиальные, нервные или гладкомышечные клетки:

- докузаты (дикотилсульфосукцинат);
- желчные кислоты;
- дериваты дифенилметана:
- фенолфталеин;
- бисакодил;
- пикосульфат натрия;
- рицинолевая кислота (касторовое масло);
- антрахиноны;
- сенна;
- алоэ;
- каскарасаграда;
- рубарб.

#### 5. Средства, размягчающие каловые массы:

- минеральное масло.

Одной из причин запоров, как ни странно, является злоупотребление слабительными средствами (ЗСС). ЗСС характеризуется неконтролируемым, без соблюдения дозы и частоты приемом слабительных средств. В целом ЗСС в популяции составляет 4,2 %. Это расстройство имеет и другое название — лаксативная болезнь. Слабительные средства продаются без рецепта и могут приобретаться самостоятельно, без рекомендации и контроля врача. А «природный» состав многих средств внушает пациентам уверенность в их безвредности. Более 90 % упомянутых больных с ЗСС — женщины. Пациенты довольно часто комбинируют слабительные средства разных групп и отходят от терапевтической дозы.

На рис. 1 представлены последствия длительного приема раздражающих слабительных средств.

Постановка клинического диагноза сложна, ЗСС может скрываться под маской воспалительных и функциональных заболеваний кишечника, а также симптомов мальабсорбции.

Возможными осложнениями могут быть меланоз кишки и атония толстого кишечника, нарушения кислотно-щелочного равновесия (обычно метаболический ацидоз, дегидратация, гипонатриемия, гипокалиемия, полиурия, гиперальдостеронизм). Врачу необходимо учитывать, что больной редко признается в злоупотреблении слабительными средствами, за исключением тех случаев, когда он готов сотрудничать, чтобы прекратить употребление слабительных средств. Однако проблема приобретает особое значение при анализе мутагенного и генотоксического потенциала слабительных средств. Часто ЗСС сочетается с психическими отклонениями, депрессией, расстройством личности и пищевого поведения (булимия, анорексия), часто наблюдается у лиц, фанатично контролирующих массу тела. Установление диагноза может потребовать целого ряда специальных инструментальных, эндоскопических, рентгенологических исследований, клинических анализов кала.

Наблюдается несколько желудочно-кишечных проявлений злоупотребления слабительными средствами:

1. Поносы, чередующиеся с запорами.
2. Тошнота, рвота.
3. Потеря массы тела.
4. Стеаторея, гастроэнтеропатия с потерей протеина, мальабсорбция.
5. Меланоз кишечника.
6. Атония толстого кишечника.

Больные часто жалуются на поносы. Фактически наличие поноса можно не заметить, если врач не потребует собрать пробы кала. Даже тогда больной может тайно избавиться от пробы или заменить их. Поносы могут сменяться запорами, и их тяжесть имеет тенденцию к заметному колебанию. Задержка стула после массив-

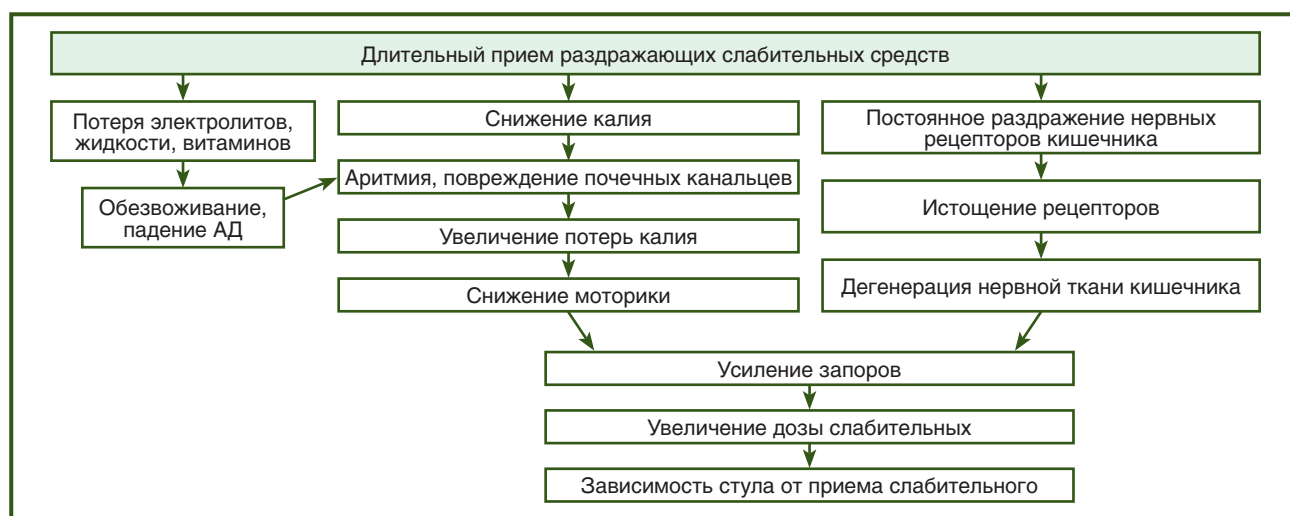


Рисунок 1 — Последствия длительного приема раздражающих слабительных средств

ного очищения часто интерпретируется больными как запор, а скудный водянистый кал — как неполное опорожнение кишечника, требующее приема повторных доз слабительного.

Так как больные с ЗСС продолжают злоупотреблять слабительными и после госпитализации, понос может продолжаться и после длительного голодания, т.е. может принимать вид поноса секреторного типа. Иногда клиническая картина ЗСС имитирует воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона), и не только появлением крови в каловых массах, но и наличием соответствующей эндоскопической, рентгенографической и морфологической картины. Тошнота, рвота и вздутие живота являются обычными неспецифическими признаками. Часто наблюдается потеря веса. Потеря жидкости и плохой аппетит могут быть причиной потери веса, однако это может быть проявлением таких расстройств пищевого поведения, как анорексия, и об этом необходимо помнить.

Меланоз кишечника характеризуется изменением цвета слизистой и подслизистой оболочки кишечника в коричневатый-черный у больных, которые систематически принимают слабительные, содержащие антраноиды. Такой диагноз устанавливается эндоскопически и фактически является специфическим для злоупотребления антраноидами. Меланоз кишечника может возникнуть через 4–12 месяцев после начала употребления препаратов и исчезает приблизительно через такой же период времени после прекращения их приема. Точная природа пигмента неизвестна. Наиболее вероятной причиной является выделение нерастворимых продуктов конденсации антрахинонов и антронов в сочетании с пигментом из макрофагов собственной пластинки слизистой оболочки [1, 2].

Одним из самых серьезных желудочно-кишечных осложнений вследствие злоупотребления слабительными средствами является развитие атонии толстого кишечника. В результате толстый кишечник превращается в инертную трубу, неспособную осуществлять нормальную перистальтику или продвигать каловые массы без помощи больших доз слабительного. Толстая кишка становится расширенной, атоничной, теряет свою нормальную форму со складками. Слизистая истончается и атрофируется. Как рентгенологически, так и морфологически слепая кишка является наиболее сильно поражаемым участком, в то время как прямая кишка может быть незначительно изменена. В редких случаях расширен терминальный отдел тонкой кишки.

При ЗСС развиваются электролитные нарушения, которые проявляются следующими расстройствами: метаболическим алкалозом (иногда метаболическим ацидозом), гипонатриемией, обезвоживанием, гипокалиемией, гиперренинемией, гиперальдостеронизмом.

Также могут развиваться почечные изменения — задержка натрия, гипокалиемическая нефропатия, гиперурикемия, гипокальциемия (редко тетания и размягчение костей), реже гипермагниемия. Метаболи-

ты антрахинонов абсорбируются и поступают в энтерогепатическую циркуляцию, накапливаются в почках и повышают риск развития аденокарциномы мочевого пузыря в 2 раза.

Потери калия, натрия и хлора при нормальном стуле незначительны, хотя концентрация ионов калия в кале более весома (приблизительно 70–90 ммоль/л) и выше, чем концентрация  $\text{Na}^+$  (приблизительно 30–40 ммоль/л), поэтому общей каловой экскрецией электролитов можно пренебречь.

При поносах любой этиологии потеря электролитов увеличивается, а если это состояние длится месяцы или годы, что типично для ЗСС, то эти электролитные перекосы начинают играть весомую роль. Обычно с увеличением объема стула увеличивается концентрация  $\text{Na}^+$  и, наоборот, концентрация  $\text{K}^+$  уменьшается. При каловых объемах приблизительно 3 л в день состав электролитов подобен составу обычной плазмы. В результате каловые потери  $\text{Na}^+$  при тяжелых поносах значительно превосходят потери  $\text{K}^+$ . Обеднение организма ионами натрия, которое развивается при ЗСС, приводит к активизации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

Другим серьезным последствием поноса является уменьшение в организме  $\text{K}^+$ . Большая хроническая нехватка  $\text{K}^+$  при ЗСС может способствовать возникновению гипохлоремического метаболического алкалоза.

К современным слабительным средствам предъявляется ряд требований. Прежде всего это возможность принимать препарат перорально, не раздражая и не повреждая слизистую оболочку рта, пищевода и желудка. Желательно, чтобы препараты не имели неприятного вкуса или запаха. Необходимо, чтобы слабительные не вызывали болевых ощущений в животе или болезненных позывов, а также длительного послабляющего последствие. При повторных приемах действие слабительного не должно изменяться или способствовать привыканию [12–14].

В этой связи интересным является растительный препарат ИзиДу. Каждая капсула препарата содержит экстракты:

- оперкулины слабительной (*Operculi naturperthum*) — 100 мг;
- эмблики лекарственной (*Terminalia chebula*) — 150 мг;
- кассии трубчатой (*Cassia fistula*) — 100 мг;
- солодки голой (*Glycyrrhiza glabra*) — 50 мг.

Рассмотрим отдельно свойства компонентов препарата.

**Эффекты оперкулины слабительной:** обезболивающий, антигельминтный, отхаркивающий, жаропонижающий, гепатопротекторный; антимикробный, антитоксический, мягкий слабительный.

**Эффекты эмблики лекарственной:** нормализует моторику кишечника (растительный прокинети!), антиоксидантный, тонизирующий, антисептический, антибактериальный, противогрибковый, противовоспалительный, вяжущий, антигельминтный, мягкий слабительный.



**Эффекты кассии трубчатой:** противовоспалительный, антиоксидантный, антибактериальный, противовирусный, обезболивающий, антидиабетический, противоопухолевый, гепатопротекторный, гипохолестеринемический, жаропонижающий, слабительный, тонизирующий, антибактериальный, противогрибковый, поддержание баланса воды в кишечнике.

**Эффекты солодки голой:** отхаркивающий, иммуностимулирующий, иммуномодулирующий, противовоспалительный, противоязвенный (обволакивающий), антиоксидантный, противоаллергический.

Исходя из совокупности свойств компонентов ИзиДу, данный препарат можно отнести не только к средствам патогенетической терапии запоров, но и к новой группе кишечных цитопротекторов.

Препарат рекомендуется в случаях:

- запоров функционального и иного происхождения;
- необходимости смягчения стула (например, при трещинах заднего прохода, геморрое или после хирургических вмешательств на аноректальной области);
- синдрома раздраженного кишечника;
- необходимости избежать натуживания после перенесенных оперативных вмешательств;
- запоров в послеоперационном периоде.

Слабительное средство ИзиДу принимается по 2 капсулы вечером. При необходимости дозу можно увеличить до 3 капсул в сутки.

Препарат имеет ряд преимуществ перед другими препаратами, которые представлены в табл. 1.

**Таблица 1 — Преимущества ИзиДу перед другими слабительными препаратами**

Препараты	Действие	Препараты сравнения	Преимущества ИзиДу
Лактулоза	Вызывает изменение флоры толстой кишки (увеличение количества лактобацилл), что приводит к повышению кислотности в просвете толстой кишки и стимулирует ее перистальтику. Наряду с этим увеличивается объем и происходит размягчение каловых масс. В результате развивается слабительный эффект	Эффект часто не оправдывает ожиданий, что может быть обусловлено зависимостью от состояния собственной микрофлоры пациента, приемом антибиотиков и другими дополнительными факторами. Противопоказан больным с непереносимостью лактозы, дефицитом лактазы, глюкозо-галактозной мальабсорбцией, повышенной чувствительностью к лактулозе и т.д. Существенно сужают возможности применения лактулозы сахарный диабет, метаболический синдром и гастрокардиальный синдром. Симптоматическая терапия. Возможно привыкание. При длительном приеме возможно нарушение водно-электролитного баланса. Вкус приторно-сладкий, что может снижать комплаентность к данному средству	Не вызывает привыкания. 4 компонента потенцируют друг друга. Совокупность эффектов: сочетание слабительного, а также спазмолитического, обезболивающего, противовоспалительного, регенеративного, противогрибкового и ряда других эффектов позволяет применять его в качестве патогенетического средства при лечении пациентов с хроническими запорами. Прием комфортный, не сопровождается метеоризмом и болями в области живота
Натрия пикосульфат	Контактное, стимулирующее слабительное, вызывающее ритмическое сокращение мышц кишечника. Подавляет абсорбцию, стимулирует секрецию жидкости и перистальтику кишечника	Только симптоматическая терапия. Побочные действия: боль в животе, диарея, позывы к рвоте. При длительном применении — нарушение электролитного баланса, слабость, судороги, понижение артериального давления. Длительное лечение вызывает зависимость и атонию толстой кишки. Часто вызывает не нормальный стул, а диарею со схваткообразными болями, метеоризмом, что приводит к развитию электролитных расстройств (гипокалиемии), обуславливает развитие дегенеративных изменений клеток мейсснеровского и ауэрбахова сплетений, вызывает эффект привыкания и способствует развитию синдрома «ленивого кишечника», поэтому прием более 2 недель не рекомендован	Мягкое слабительное средство патогенетической терапии запоров, не вызывающее привыкания. Можно принимать пожизненно
Препараты сенны	Раздражают рецепторы кишечника и стимулируют перистальтику	Длительные диареи с развитием нарушения жидкостного гомеостаза, гипокалиемии. Канцерогенный эффект, развитие толерантности и усиление запоров, атония и меланоз кишечника	Безопасное слабительное. Возможен пожизненный прием

Таким образом, препарат имеет высокий профиль безопасности и может быть рекомендован пациентам с запорами на длительное время.

И, подводя итоги сказанного, можно сказать, что запор — очень распространенная проблема среди населения, чаще встречается у женщин, и частота увеличивается с возрастом и количеством принимаемых лекарственных средств. А злоупотребление слабительными средствами встречается гораздо чаще в клинической практике, чем мы предполагаем. Постановка диагноза часто бывает затруднена психоэмоциональным состоянием больных. Лечение должно быть направлено на отмену раздражающих слабительных, коррекцию электролитных нарушений, восстановление работы кишечника. Конечно, необходимо изменение пищевых привычек, увеличение физической активности, коррекция принимаемого набора медикаментов, консультация психотерапевта и подбор слабительного средства. В качестве безопасного слабительного средства пациентам, которые нуждаются в длительном лечении запоров, может быть рекомендован препарат ИзиДу.

**Конфликт интересов.** Не заявлен.

## References

1. Tkach SM, Puchkov KS. *Khronicheskii zapor: diagnosticheskie i terapevticheskie podkhody, osnovannye na dannykh dokazatel'noi meditsiny: metodicheskie rekomendatsii* [Chronic constipation: diagnostic and therapeutic approaches based on evidence-based medicine: guidelines]. Kyiv: OOO Liudi v belom; 2013. 52 p. (in Russian).
2. Pasiyeshvili LM, Bobro LN. The tactics of constipation management by a general practitioner. *International Medical Journal*. 2006;12(3):65-69. (in Russian).
3. Ivashkin VT, Baranskaia EK, Poluektova EA, Trukhmanov AS, Sheptulin AA, Shifrin OS. *Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniiu khronicheskogo zapora u vzroslykh patsientov* [Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of chronic constipation in adult patients]. Moscow; 2013. 19 p. (in Russian).
4. Zviagintseva TD, Gridneva SV. The problem of constipation in modern society. *Modern Gastroenterology*. 2008;(40):40-43. (in Russian).
5. Mel'nikova Iu, Novikova VP, Dumova NB, et al. *Zapory u detei: rukovodstvo* [Constipation in children: a guide]. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. 144 p. (in Russian).
6. Ivashkin VT, Mayev IV, Sheptulin AA, et al. *Diagnostics and treatment of chronic constipation in adults: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association*. *Ross z gastroenterol gepatol kolo-proktol*. 2017;27(3):75-83. (in Russian).
7. Eliseeva MV. *Kliuchi ot zapora* [Keys to constipation]. Moscow: Eksmo; 2013. 208 p. (in Russian).
8. Giannetti E, Sciorio E, Staiano A. Treatment of constipation: where do we go? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011 Dec;53 Suppl 2:S53-5.
9. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011 Sep;106(9):1582-91; quiz 1581, 1592. doi: 10.1038/ajg.2011.164.
10. Zaitseva IA. *Lechebnoe pitanie pri zaporakh* [Health food for constipation]. Moscow: Ripol Klassik, 2011. 840 p. (in Russian).
11. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology*. 2013 Jan;144(1):218-38. doi: 10.1053/j.gastro.2012.10.028.
12. Tack J, Miller-Lissner S. Treatment of chronic constipation: current pharmacologic approaches and future directions. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009 May;7(5):502-8; quiz 496. doi: 10.1016/j.cgh.2008.12.006.
13. Chatoor D, Emmanuel A. Constipation and evacuation disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23(4):517-30. doi: 10.1016/j.bpg.2009.05.001.
14. Fleming V, Wade WE. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010 Dec;8(6):514-50. doi: 10.1016/S1543-5946(10)80003-0.

Получено 12.06.2018 ■

Степанов Ю.М.<sup>1</sup>, Власова О.М.<sup>2</sup>, Стойкевич М.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

<sup>2</sup> ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

## Негативні ефекти зловживання послаблюючими засобами у лікарській практиці

**Резюме.** Зловживання проносними засобами — це розлад, що характеризується незрозумілою і мінливою низкою шлунково-кишкових, електролітних і кислотно-лужних відхилень, що можуть призвести як до виникнення хронічних захворювань, так і до смертельних наслідків. Зловживання самоінду-

кується, завуальоване і пов'язане з психологічними відхиленнями, що ускладнює постановку діагнозу. Як безпечний проносний засіб пацієнтам, які потребують тривалого лікування запорів, може бути рекомендований препарат ІзиДу.

**Ключові слова:** запор; зловживання проносними засобами

Yu.M. Stepanov<sup>1</sup>, O.N. Vlasova<sup>2</sup>, M.V. Stoikevych<sup>1</sup>

<sup>1</sup> State Institution "Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Dnipro, Ukraine

<sup>2</sup> State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

## Negative effects of abuse of laxatives in medical practice

**Abstract.** The abuse of laxatives is a disorder characterized by an incomprehensible and changing range of gastrointestinal, electrolytic and acid-base abnormalities that can lead to both the onset of chronic diseases and fatalities. Abuse is self-induced, veiled

and associated with psychological abnormalities, making it difficult to diagnose. As a safe laxative drug for patients who need long-term treatment of constipation, the drug EasyDo may be recommended.

**Keywords:** constipation; abuse of laxatives